

PRESCRIPTION MEDICALE
POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

!! Toutes les rubriques doivent être remplies !!

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AVEC BESOIN DE SOUTIEN

A apposer une vignette de la mutualité

Vignette de la mutualité	
Personne de contact de la personne avec besoin de soutien: nom / téléphone / adresse mail	
Assurance à l'étranger ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si la personne avec besoin de soutien réside dans un centre de repos et de soins pour personnes âgées

Nom du centre de repos et de soins pour personnes âgées	
Adresse du centre de repos et de soins pour personnes âgées	

(1) Si vous avez une assurance à l'étranger, vous devez d'abord introduire votre demande auprès de celle-ci (article 10 de l'arrêté du gouvernement de la Communauté germanophone du 20 juin 2017).

1. PRESCRIPTION

A compléter par le médecin prescripteur

Je soussigné, Docteur en médecine,déclare par la présente que la personne avec besoin de soutien présente des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques entraînant des limitations dans sa mobilité. Ceci entraîne des problèmes de participation à la vie communautaire. A cet effet, la personne avec besoin de soutien doit obtenir à titre **définitif** une aide à la mobilité appropriée.

L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée <input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> quelques heures pendant la semaine
Demande d'un(e) Aide à la mobilité standard : <input type="checkbox"/> Cadre de marche <input type="checkbox"/> voiturette manuelle standard <input type="checkbox"/> Aide à la mobilité adaptable ⁽²⁾ (voiturette manuelle modulaire, voiturette manuelle active, voiturette manuelle de maintien et de soins, voiturette électronique, scooter électronique, voiturette manuelle de promenade pour enfant, châssis pour siège-coquille, tri-cycle orthopédique, système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise, tables de station debout et voiturettes de station debout, autre (par ex. sur-mesure)		<input type="checkbox"/> Coussin anti-escarre

⁽¹⁾ Utilisation temporaire: Pas de subvention par l'Office pour une vie autodéterminée. Location du matériel possible entre autre chez la Croix Rouge et les Mutualités.

⁽²⁾ Le team d'expertise clarifie laquelle des aides à la mobilité mentionnées ci-dessus, correspond au besoin de la personne avec besoin de soutien

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MEDICALE ACTUELLE

Date du début / / de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap

Description de l'affection ou de l'évènement ...

Le handicap est consécutif à un accident OUI NON

Si "oui", s'agit-il d'un accident de travail ou imputable à des tiers?

Listez tous les diagnostics :

L'antécédent:

Diagnostic actuel et description de la situation médicale actuelle :

Veillez joindre des rapports médicaux (revalidation, rapport des spécialistes...)

Dans les 6 prochains mois, la mobilité de la personne :

ne changera pas (restera stable)

s'améliorera

se dégradera

La mobilité sera influençable par des thérapies dans les 5 ans à venir:

OUI NON

Si OUI: positif - stabilisé

3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITE DE LA PERSONNE AVEC BESOIN DE SOUTIEN

Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques de la personne avec besoin de soutien ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation qui en découlent. À cet effet, il décrit de manière détaillée un certain nombre de fonctions de l'appareil locomoteur sur base du système de codes de la ICF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. (*)

L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si la personne avec besoin de soutien entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.

(*)Informations complémentaires disponibles sur le site

www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Description globale et motivation selon ICF
<p>a Se déplacer à l'intérieur ICF/d4600</p>	<p> <input type="checkbox"/> possible sans aide technique (ICF 0) <input type="checkbox"/> possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation (ICF 1) <input type="checkbox"/> possible avec une aide technique, autre celle demandée (ICF 2) <input type="checkbox"/> seulement possible avec l'aide et le soutien d'une personne ou l'aide à la mobilité demandée (ICF 3) <input type="checkbox"/> seulement possible avec l'aide et le soutien d'une personne et l'aide à la mobilité demandée (ICF 4) <input type="checkbox"/> problème de la mobilité non-spécifié (ICF 8) <input type="checkbox"/> activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée (ICF 9) </p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>b Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de moyennes distances 0,5 – 1 km) ICF/d4500</p>	<p> <input type="checkbox"/> possible sans aide technique (ICF 0) <input type="checkbox"/> possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation (ICF 1) <input type="checkbox"/> possible avec une aide technique, autre celle demandée (ICF 2) <input type="checkbox"/> seulement possible avec l'aide et le soutien d'une personne ou l'aide à la mobilité demandée (ICF 3) <input type="checkbox"/> seulement possible avec l'aide et le soutien d'une personne et l'aide à la mobilité demandée (ICF 4) <input type="checkbox"/> problème de la mobilité non-spécifié (ICF 8) <input type="checkbox"/> activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée (ICF 9) </p> <p><u>Remarques</u></p>

c Se **déplacer à l'extérieur**
(marcher sur de longues distances > 1 km)
ICF/d4602

- possible sans aide technique (ICF 0)
- possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation (ICF 1)
- possible avec une aide technique, autre celle demandée (ICF 2)
- seulement possible avec l'aide et le soutien d'une personne **ou** l'aide à la mobilité demandée (ICF 3)
- seulement possible avec l'aide et le soutien d'une personne **et** l'aide à la mobilité demandée (ICF 4)
- problème de la mobilité non-spécifié (ICF 8)
- activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée (ICF 9)

Remarques

d Rester **debout** (plus que **2 minutes**)
ICF/d4154

- possible sans aide technique (ICF 0)
- possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation (ICF 1)
- possible avec une aide technique, autre que celle demandée (p.ex. une canne) ou par l'appui (ICF 2)
- possible avec l'aide permanente d'une personne **ou** par l'utilisation permanente d'une aide à la mobilité (ICF 3)
- seulement possible avec l'aide permanente d'une personne **et** par une aide à la mobilité (p.ex. lève-personne) (ICF 4)
- problème de rester debout non-spécifié (ICF 8)
- activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée (ICF 9)

Remarques

e Utilisation **des membres supérieurs et inférieurs**

(force, coordination et endurance)

CIF/ d445 / d465

Pour une demande d'un cadre de marche:

Peut s'appuyer/avancer un cadre de marche

Oui Non

Pour une demande d'une autre aide à la mobilité:

Peut se repositionner seule et dans des intervalles réguliers

Oui Non

Peut manipuler seule une chaise roulante à l'aide des membres supérieurs

Oui Non

Peut manipuler seule une chaise roulante à l'aide des membres inférieurs (trotter)

Oui Non

f **Changement de position**

d'une position assise initial (p.ex. se mettre debout, de la chaise roulante vers un fauteuil)

ICF/ d4104 / d410

- possible sans aide technique (ICF 0)
- possible seul, mais seulement avec instruction/observation (ICF 1)
- possible avec une aide technique, autre que celle demandée (p.ex. une canne) ou par l'appui (ICF 2)
- possible avec l'aide permanente d'une personne **ou** par l'utilisation permanente d'une aide à la mobilité (ICF 3)
- seulement possible avec l'aide permanente d'une personne **et** par une aide à la mobilité (p.ex. lève-personne) (ICF 4)
- problème de rester debout non-spécifié (ICF 8)
- activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée (ICF 9)

Remarques

g Position d'assise correcte

ICF/ d4153

- possible sans aide technique (ICF 0)
- possible seul, mais seulement avec instruction/observation (ICF 1)
- possible avec un simple support (p.ex. accoudoirs) (ICF 2)
- possible avec support important (p.ex. pelottes latérales, siège-culotte) (ICF 3)
- position d'assise passive (ICF 4)
- problème de l'assise non-spécifié (ICF 8)
- activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée (ICF 9)

Remarques

4. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

<input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx, problèmes dermatologiques, escarres Détails: (Absolument à préciser pour une demande d'un coussin anti-escarres)	<input type="checkbox"/> troubles des fonctions comportementales <input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire <input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins <input type="checkbox"/> restriction cognitive
<input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité ou de la perception sensorielle	Existe-t-il une restriction pour la conduite d'une aide à la mobilité dans le trafic public?: <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> posture anormale	Justification: <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> formation d'œdèmes	
<input type="checkbox"/> incontinence	
<input type="checkbox"/> autre	
<u>Remarques générales:</u> 	

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DELIVREE PRECEDEMMENT EST DEMANDEE OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPE D'UN COUSSIN ANTI-ESCARRES

Quelles sont les limitations nécessitant l'ajout d'une ou plusieurs adaptations à l'aide à la mobilité déjà délivrée ?

Quelles sont les modifications nécessitant le renouvellement anticipé du coussin anti-escarres ?

6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLEMENTAIRES

Date: □□/ □□/ □□□□

*Cachet avec le numéro INAMI du
médecin prescripteur, ainsi que
l'adresse*

Signature du médecin prescripteur :

.....